E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 47

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Luxations latérales externes du Coude

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 25 Avril 1923**

PAR

Louis THOMAS

Né à Azérat (Haute-Loire), le 29 Novembre 1895

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE CLERMONT-FERRAND

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

| | | |
|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse | ESTOR, professeur, *Président.* | |
| | MASSABUAU, professeur. | *Assesseurs.* |
| | ETIENNE, agrégé. | |
| | LAPEYRE, agrégé. | |

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# LUXATIONS LATÉRALES EXTERNES DU COUDE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0120

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 47

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# Luxations latérales externes du Coude

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 25 Avril 1923**

PAR

Louis THOMAS

Né à Azérat (Haute-Loire), le 29 Novembre 1895

ANCIEN AIDE D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE CLERMONT-FERRAND

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

| | | |
|---|---|---|
| Examinateurs de la Thèse | ESTOR, professeur, *Président.* | |
| | MASSABUAU, professeur. | *Assesseurs.* |
| | ETIENNE, agrégé. | |
| | LAPEYRE, agrégé. | |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1923

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. GILIS. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Physiologie | HEDON. |
| Chimie biologique et médicale | DERRIEN, *doyen.* |
| Physique médicale | PECH. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Anatomie pathologique | GRYNFELTT. |
| Microbiologie | LISBONNE. |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOSC. |
| Pathologie médicale et clinique propédeutique | RIMBAUD. |
| Thérapeutique et matière médicale | VIRES. |
| Hygiène | BERTIN-SANS (H.) |
| Médecine légale et médecine sociale | N... |
| Clinique médicale | DUCAMP. VEDEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE, *assesseur.* ESTOR. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | EUZIERE. |
| Clinique ophtalmologique | TRUC. |
| Clinique des maladies des enfants | LEENHARDT. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | MASSABUAU. |
| Clinique gynécologique | DE ROUVILLE. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU. |
| Professeur s. c. | DELMAS (P.). |

## Honorariat

*Doyens honoraires:* MM. VIALLETON et MAIRET.
*Professeurs honoraires:* MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.
*Secrétaires honoraires:* MM. GOT et IZARD

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. DELMAS (J.). |
| Clinique propédeutique de chirurgie | RICHE. |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées | MARGAROT. |
| Médecine opératoire | SOUBEYRAN. |
| Pathologie chirurgicale | ETIENNE. |
| Accouchements | DELMAS (P.). |
| Pharmacologie | GALAVIELLE. |
| Matière médicale | CABANNES. |
| Médecine légale et médecine sociale | GAUSSEL. |
| Stomatologie | Dr WATON. |
| Histologie | Dr GRANEL (F.). |
| Clinique des maladies des vieillards | Dr BOUDET. |

## Agrégés en exercice

| | | | |
|---|---|---|---|
| Médecine | MM. GAUSSEL, MARGAROT. | Chimie | MM. FLORENCE. |
| Anatomie | DELMAS (J.). | Histoire natur. | CABANNES, GALAVIELLE |
| Chirurgie | RICHE, ETIENNE, LAPEYRE | Physique | N... |

## Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, *Président.* | MM. ETIENNE, agrégé.
MASSABUAU, professeur. | LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*Je leur dois tout, et jamais notre amour filial ne sera assez grand pour pouvoir les remercier de leur bonté infinie. Ils surent, aux moments difficiles, nous prodiguer leur appui moral et le réconfort de leurs tendresses. Puissent-ils trouver dans l'humble hommage de ce modeste travail la récompense des sacrifices qu'ils se sont imposés pour leur enfant.*

A MON FRÈRE

*Je suis heureux d'adresser ici un témoignage de ma profonde affection.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

L. THOMAS

## A TOUS MES ANCIENS MAITRES
## DE L'ÉCOLE DE CLERMONT-FERRAND

*Souvenir ému de reconnaissance et de gratitude.*

### A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
## MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il fut notre premier Maître à Montpellier ; sa didactique méthodique et avisée, sa haute conscience professionnelle nous le firent apprécier. La bonne grâce avec laquelle il comblait nos lacunes scientifiques, la délicatesse qu'il mettait à redresser nos erreurs en firent pour nous un Maître préféré. Aujourd'hui nous apprécions hautement le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse et nous lui en témoignons notre respectueuse gratitude.*

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LAPEYRE

*Dès nos débuts à la Faculté, il nous entoura de sa bienveillante sympathie et nous n'oublierons jamais la constante sollicitude et l'extrême obligeance dont il fit toujours preuve à notre égard. Nous le remercions tout particulièrement aujourd'hui d'avoir bien voulu s'intéresser à nous en nous inspirant le sujet qui fait l'objet de notre thèse.*

## A MON JURY DE THÈSE

## AUX MAITRES DE CETTE ÉCOLE

L. THOMAS.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# LUXATIONS LATÉRALES EXTERNES DU COUDE

## INTRODUCTION

Il est classique aujourd'hui, quand on fait une étude complète sur les luxations des deux os de l'avant-bras sur le bras, de les diviser en variétés communes ou variétés en arrière et en variétés exceptionnelles qui comprennent les luxations en dedans et les luxations en dehors.

Dans notre modeste travail, nous envisagerons seulement ces dernières, c'est-à-dire les luxations latérales externes, qu'on subdivise en *complètes* ou *incomplètes*, suivant que le crochet cubital est venu en rapport avec l'épicondyle ou est resté en contact avec le condyle, occupant la place normale de la cupule radiale.

L'observation I et les radiographies que nous en publions sont dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lapeyre. Elles nous montrent un cas assez net de ces luxations latérales externes complètes avec arrachement de l'épitrochlée.

Dans une première radiographie, nous voyons très nettement le déplacement latéral externe et la deuxième nous permet de constater que, selon la définition des luxa-

tions latérales : « *l'apophyse coronoïde reste en avant et le bec olécranien en arrière du plan vertical passant par l'épicondyle et l'épitrochlée* ».

C'est à propos de cette observation que nous aborderons l'étude des luxations latérales externes et, après un rapide historique, nous envisagerons tour à tour leur pathogénie, leurs lésions anatomiques et leur étude clinique.

Au cours du diagnostic, nous tâcherons de mettre en relief le rôle prépondérant qu'y joue la présence si fréquente du fragment épitrochléen.

Le traitement nous retiendra un peu plus longtemps ; nous lui réserverons une large place et nous tâcherons de l'envisager sous toutes ses formes.

Enfin, avant de conclure, nous avons cru devoir reproduire ici, à titre de documents, deux observations relativement récentes que nous avions rencontrées au cours de nos recherches bibliographiques.

## HISTORIQUE

Les cas de luxation du coude en dehors sont assez rares. Assez mal étudiées autrefois, ces luxations font l'objet de travaux de Delpech, Malgaigne, Nélaton, Debruyn. Mais c'est surtout le professeur P. Denucé qui, le premier, les a bien décrites. D'abord, dans deux mémoires publiés en 1851 et 1853, et plus tard dans un article du *Dictionnaire* de Jaccoud. Dans ce dernier article, Denucé totalise à treize le nombre des observations connues. Poinsot, dans son *Traité des fractures et des luxations,* compte vingt-quatre observations publiées. Duplay et Reclus, dans leur *Traité de chirurgie,* les classent parmi les luxations « exceptionnelles », dénomination que lui a conservé M. le professeur Jeanbrau dans son récent *Précis de pathologie chirurgicale.*

Depuis, le nombre des cas observés s'est augmenté dans de faibles proportions. A signaler les cas publiés par Aubicé, Ratisbonne, Lejars, par Buthaud dans sa remarquable thèse de Paris sur les luxations du coude primitivement irréductibles (1896-1897). En 1903, Launay en publia un cas à la Société de chirurgie de Paris. Cahier, dans son livre de lésions traumatiques des articulations (*Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet,* dernière édition, 1908), considère les luxations du coude en dehors comme aussi rares que les luxations en avant. Aussi, au cours de ces derniè-

res années, les publications sont plutôt rares. Signalons; le cas d'une luxation ancienne du coude en dehors que M. le professeur Gilis a recueilli sur un cadavre en 1908; le cas qu'un an plus tard Mouchet publia à la Société d'anatomie de Paris (1909) et qui s'accompagna après réduction de paralysie cubitale; l'observation du docteur Codet-Boisse, que nous trouvons dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1910); l'observation de Gaudier et Swynghdauw, publiée par l'*Echo médical du Nord* (1911), et nous en arrivons au rapport qu'Ombrédanne fit à la Société de chirurgie de Paris en 1914, à propos de l'observation que Dehelly présentait sur un cas de luxation du coude en dehors, avec arrachement de l'épitrochlée qui s'interposait entre les surfaces articulaires et empêchait la réduction.

Vint ensuite la guerre, qui passa sans nous apporter de nouvelles publications. Depuis, quatre cas ont été publiés, à notre connaissance: deux à Bordeaux et deux à Nancy, par Guillemin et Mathieu.

Aujourd'hui, nous en publions un cas qui fut observé par M. le professeur agrégé Lapeyre en 1921, dans le service de M. Tédenat. Il nous a paru intéressant d'en reproduire les trois radiographies que M. Lapeyre a bien voulu mettre à notre disposition, pensant selon le mot célèbre de Napoléon, que ces clichés en diraient beaucoup plus long que la meilleure des descriptions.

OBSERVATION I

**LUXATION LATÉRALE EXTERNE COMPLÈTE DU COUDE**

**Vue de face** nous donnent le déplacement latéral en dehors
Le fragment épitrochléen se voit au niveau de l'épicondyle

OBSERVATION I

**LUXATION LATÉRALE EXTERNE COMPLÈTE DU COUDE**

**Vue de profil** qui nous donne le déplacement antéro-postérieure
Le fragment épitrochleen se voit au dessus de la capsule radiale

OBSERVATION I

**LUXATION LATÉRALE EXTERNE COMPLÈTE DU COUDE RÉDUITE**

Le fragment épitrochleen est resté loin de sa surface d'insertion

## Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Lapeyre)

**Luxation latérale externe du coude et fracture de l'épitrochée. — Réduction sous-anesthésie générale et ablation du fragment épitrochléen, dix jours après. Suites opératoires excellentes, résultat fonctionnel très satisfaisant.**

C. B..., d'Aniane, âgé de 22 ans, entre le 30 mai 1921, salle Bouisson, n° 12.

Le 29 mai à 17 heures, le malade étant à bicyclette et marchant à vive allure, fait une chute. Il tombe dans un fossé en mettant le bras gauche en avant pour se protéger et se reçoit sur la paume de la main et l'avant-bras. Il ressent une vive douleur au niveau du coude, sans craquement, le coude porte alors sur le sol et il roule dans le fossé.

Le blessé se relève aussitôt et constate que son bras ballotte dans tous les sens, mais il ne peut le plier: l'impotence fonctionnelle est très accusée.

Au début il n'y a pas de gonflement.

Le 29 mai à 20 heures il voit un médecin qui diagnostique une luxation du coude et essaie sans succès de la réduire.

Le lendemain 30 mai, le blessé se présente à nous le bras en écharpe, immobilisé en flexion à 60°. Le gonflement du coude et de l'avant-bras est très considérable, mais ce qui frappe pourtant, c'est l'élargissement du diamètre transversal du coude.

Une large ecchymose occupe la face antérieure et surtout interne du coude. L'avant-bras est en pronation.

La palpation révèle l'existence d'une luxation latérale externe complète, les os de l'avant-bras sont sur le bord externe de l'extrémité humérale, et on sent très bien rouler la tête radiale en avant et en dehors. En dedans on sent au milieu des tissus infiltrés qui coiffent l'extrémité inférieure de l'humérus une saillie douloureuse qui est prise pour l'épitrochlée mais qui paraît pourtant plus aiguë qu'elle. Les mouvements de latéralité de l'avant-bras sont particulièrement amples. Le blessé est envoyé à la radio et, dès son retour, anesthésié à l'éther goutte à goutte. La réduction s'obtient facilement. Un aide maintenant solidement le bras, l'avant-bras fléchi est mis en supination, des pressions sont exercées sur l'olécrane par le pouce de la main droite, de manière à repousser en bas et en dedans cette saillie et par conséquent l'avant-bras. Les os reprennent assez vite leur contact normal.

Immobilisation de l'avant-bras fléchi et en demi-pronation, par une écharpe de Mayor.

Une radiographie de contrôle montre que la luxation est très bien réduite mais révèle l'existence d'une fracture de l'épitrochlée. Le fragment épitrochléen ayant subi un déplacement assez important, les tentatives de réduction et de contention de cette fracture nous paraissent devoir être vouées à l'insuccès. Aussi, décidons-nous l'ablation de ce fragment osseux qui, s'il était le point de départ de productions ostéophytiques, deviendrait une menace sérieuse pour le nerf cubital. Elle est pratiquée le 9 juin par une petite incision interne. Les suites opératoires sont excellentes et le blessé sort le 20 juin de l'hôpital ayant déjà un résultat fonctionnel satisfaisant.

Nous avons reçu dernièrement de ses nouvelles. Il ne souffre pas et se sert de son bras gauche comme de l'autre. Il présente seulement une très légère limitation de l'extension.

## ETIOLOGIE ET MECANISME

Les luxations latérales externes ne se rencontrent guère chez les tout jeunes enfants, où l'on voit plutôt des décollements épiphysaires. C'est l'adolescence et l'âge adulte qui en fournissent le gros contingent. La proportion est sensiblement la même pour les deux sexes. L'hérédité ne semble y jouer aucun rôle et nous n'avons trouvé aucune publication de luxation congénitale des deux os de l'avant-bras en dehors. Le cas de luxation bilatérale en arrière et en dehors publié par Voisin et Macé de Lepinay en 1907 n'intéressait que le radius. Nous ne croyons pas non plus qu'il y ait de luxations latérales externes paralytiques; les auteurs ne le mentionnent pas, et dans les cas de Delaunay, de Le Dentu seul le radius était luxé en dehors.

Ces luxations sont donc d'origine traumatique, produites par un choc, une chute ou une inflexion brusque, choc violent portant sur la partie supéro-interne de l'avant-bras. C'est ainsi que, dans une observation de Broca, le bras droit avait été frappé par un arbre de transmission. Mais le plus souvent c'est à la suite d'une chute sur le coude, comme le notent la plupart des observations, et dans une, Launay dit très nettement: « En tombant, le coude du malade avait porté violemment sur une pierre. » Citons encore la chute sur la paume de la main, le bras étendu, comme c'est le cas de notre observation I. Enfin,

avons-nous dit : l'inflexion brusque de l'avant-bras en dehors, telle « cette vigoureuse campagnarde qui tenait de la main droite, une vache à la corde; cette corde était enroulée autour du poignet et autour de *l'avant-bras, en flexion sur le bras,* lorsque l'animal fit un brusque écart. Ce mouvement de latéralité eut pour effet immédiat la production d'un craquement au niveau du coude, accompagné d'une très violente douleur et d'une déformation caractéristique du coude en baïonnette » (observation de Guillemin).

### Mécanisme

Quant au mécanisme de ces luxations, il est assez mal connu et les auteurs sont loin de s'entendre. Pour les uns, et Denucé est du nombre, le premier temps de la luxation serait la flexion interne forcée. Il y a tout d'abord rupture des ligaments externes et ensuite glissement des surfaces articulaires. D'autres, au contraire, admettent avec Pingaud que l'inclinaison latérale en dehors se produirait la première, amenant la rupture du ligament latéral interne par arrachement de l'épitrochlée; le ligament externe ne se romprait que secondairement. D'autres enfin pensent avec Roser et Streubel que le déplacement latéral est toujours le résultat de la transformation d'une luxation postérieure. Cette dernière opinion a de nombreux partisans et il est incontestable que beaucoup de luxations latérales externes ont été au début des luxations postérieures en dehors. C'est ce qui a dû se produire dans notre observation I qui, tout en restant dans le cadre de la définition des luxations latérales externes complètes, présente un léger déplacement en arrière. Nore malade était tombé le bras gauche en avant. L'hyperextension de l'a-

vant-bras en dehors a amené la rupture du ligament antérieur et l'arrachement de l'épitrochlée; à cette inclinaison latérale externe est venue s'ajouter une flexion de l'avant-bras produite à la fin de la chute par le poids du corps, et qui a dû transformer la luxation postérieure en dehors en luxation latérale externe.

Malgré cela, il y a bien une part de vérité dans les deux premières théories, et force est bien d'admettre le mécanisme de la flexion interne forcée quand la luxation est due à un choc portant sur la partie supéro-interne de l'avant-bras. De même, quand la luxation se produit par une inflexion brusque en dehors, comme chez notre vigoureuse campagnarde, nous trouvons logique d'admettre que le ligament latéral interne s'est rompu le premier, puis le ligament externe, et qu'alors le crochet cubital a pu sortir de la trochlée humérale, monter sur le condyle, s'y arrêter, luxation incomplète, ou le dépasser en dehors pour atteindre l'épicondyle, luxation complète.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Du côté des parties molles, il y a, disions-nous, déchirures des ligaments latéral externe et latéral interne. La rupture se produit, non sur le ligament lui-même, mais au niveau de son point d'insertion sur l'os, fait d'une importance capitale, car ce sont toutes ces parcelles osseuses et périostées, disséminées tout autour de l'articulation, qui deviendront les greffes vivantes de ces ostéomes si communs dans les luxations du coude. De tous ces arrachements, il en est un qui est à peu près constant : c'est celui de l'épitrochlée. Il existe dans deux de nos observations et on peut le considérer comme étant la règle chez les jeunes gens, fait qui s'explique très bien par le mode d'ossification de l'extrémité inférieure de l'humérus. En effet, alors que les trois points d'ossification, condylien, épicondylien et trochléen, sont unis à la diaphyse dès l'âge de 4 ans, le point épitrochléen, au contraire, reste indépendant; il ne se soude que tardivement, vers l'âge de 25 ans.

Les muscles, eux, sont fatalement contusionnés par une telle dislocation, et il n'est pas rare d'y rencontrer des déchirures de l'anconé et du brachial antérieur.

Du côté du squelette, les rapports des surfaces articulaires sont changés. Avons-nous une luxation incomplète? La cavité sigmoïde du cubitus, tout en continuant à s'engrener avec l'extrémité inférieure humérale, se trans-

porte en dehors, de façon que sa crête médiane réponde à la dépression qui sépare la trochlée du condyle, ou, si la dislocation est plus grande, à ce condyle lui-même; en même temps, la tête du radius se porte soit en avant, soit en arrière, mais le plus souvent en avant. Avons-nous une luxation complète? La fosse sigmoïde embrasse l'épicondyle, ou plutôt le bec coronoïdien accroche l'épicondyle. La tête du radius, déplacée en avant et en dehors, est contre la face antérieure du cubitus. L'avant-bras est placé de champ, de sorte que le radius forme son bord supérieur et le cubitus son bord inférieur; il est dans la demi-flexion, avec une forte pronation ou plutôt une demi-torsion en dedans. La face postérieure de l'olécrane regarde donc directement en dehors.

Si ces luxations sont abandonnées à elles-mêmes, il se produit immédiatement des phénomènes de réparation qui, par un processus de sclérose périarticulaire avec rétraction des tissus, consacrent le divorce des extrémités articulaires. Plus tard, le calme revenant, une nouvelle articulation s'organise dans la situation faite aux os par le traumatisme. En 1908, M. Gilis a recueilli sur un cadavre un cas de ces néarthroses dont nous trouvons une étude très détaillée dans la thèse de Ch. Guéret.

## ETUDE CLINIQUE

Au moment de l'accident, le contusionné ressent une très violente douleur au coude, accompagnée ou non d'un craquement, et s'aperçoit dès lors de son impotence fonctionnelle; il ne peut plus plier son coude. Cependant, les mouvements de flexion et d'extension passives peuvent encore être provoqués dans une certaine mesure. Les mouvements de la main et des doigts sont intacts. Au début, le gonflement n'est pas constant et n'apparaît généralement que plus tard, comme dans notre observation. Quelques heures après l'accident, le malade paraît ne plus souffrir beaucoup au repos.

A *l'examen*, ce qui frappe à première vue, c'est la déformation, l'élargissement manifeste de la région du coude; mesurée au compas d'épaisseur, on trouve 4 et 6 centimètres de plus que du côté sain. L'axe de l'avant-bras est décalé en dehors de celui du bras, ce qui nous donne une « déformation typique: en baïonnette ». L'avant-bras est dans une position de flexion moyenne, à 120° environ; dans un cas où le chevauchement était considérable, l'attitude de l'avant-bras était l'extension presque complète. Souvent aussi on trouve un coude valgus.

Quand on analyse la déformation et qu'on palpe, on constate à la région externe la saillie de la cupule radiale, que l'on reconnaît aux mouvements de pronation et

supination. Immédiatement en dedans de cette saillie osseuse, on en trouve une seconde, qui est en continuité avec le cubitus et qui représente bien évidemment l'olécrane. Cette saillie est plus ou moins marquée en arrière, selon qu'il s'agit d'une luxation postérieure avec un fort déplacement en dehors, comme dans notre observation I, ou selon qu'il s'agit d'une luxation typique en dehors. Plus en dedans, la palpation permet de reconnaître la cavité olécranienne déshabitée. Plus en dedans, on sent le rebord saillant de la trochlée humérale qui fait une saillie manifeste au côté interne du coude. Enfin, absence en cette région du relief de l'épitrochlée arrachée; on la trouve parfois au-dessous, libre et flottante. On a signalé au palper un point douloureux au niveau de la zone de son arrachement. Au-devant de la trochlée, la peau est tendue et luisante, prête à se rompre; parfois même il y a rupture, comme Binet en relate un cas dans sa thèse sur les luxations compliquées. Notons enfin le raccourcissement du membre, la saillie des tendons des muscles triceps et biceps et l'ecchymose antéro-interne, si fréquente après les arrachements épitrochléens. Il est important de bien connaître ces ecchymoses, si fréquentes et parfois si étendues, afin qu'elles n'éveillent pas immédiatement en nous l'idée de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Lors de luxation incomplète, l'avant-bras est d'ordinaire inversé, en rotation interne. En dedans, un relief volumineux soulève la peau: vous y reconnaissez la trochlée et l'épitrochlée. En dehors vous voyez et vous sentez la tête radiale luxée, au-devant de l'épicondyle; en arrière, la saillie de l'olécrane se dessine tout en dehors. Il est fréquent que l'épitrochlée soit arrachée; elle manque alors en dedans sur la trochlée découverte.

## DIAGNOSTIC

Sauf dans les cas rares où le gonflement des parties molles est considérable et où les saillies osseuses du coude, complètement masquées, ne peuvent plus être reconnues, le diagnostic s'établira de lui-même par l'examen méthodique et minutieux des reliefs et des dépressions sous-cutanées. Nous serons, dès le premier abord, mis sur la voie par l'élargissement et la si caractéristique déformation en baïonnette, mais si avec cette déformation nous trouvons la saillie de l'olécrane très en dehors avec au-devant de lui la cupule radiale que nous faisons rouler par pronation et supination, si nous trouvons la cavité olécranienne vide, un point douloureux à la place de l'épitrochlée et plus en avant la trochlée saillante, notre diagnostic est posé, il n'y a plus de doute, nous sommes en présence d'une luxation latérale externe avec arrachement ou décollement épitrochléen.

Les luxations en arrière, avec léger déplacement latéral, peuvent cependant prêter à confusion, d'autant plus qu'elles s'accompagnent, elles aussi, d'un certain élargissement, mais il est moins marqué, la déformation en baïonnette est moins nette et l'on a en plus l'agrandissement du diamètre antéro-postérieur, que nous n'avions pas trouvé tout à l'heure : l'olécrane qui en arrière se soulève en une forte saillie à laquelle aboutit le tendon du triceps.

En tout cas, y aurait-il confusion, elle ne serait pas, à notre humble avis, très grosse de conséquences puisque ces deux variétés de luxations demandent sensiblement les mêmes manœuvres de réduction.

Ce n'est pas non plus avec les luxations isolées du radius, dont M. le professeur Estor a publié un cas en 1914, qu'on se trompe, non! D'abord, ce sont des luxations qui, sans fracture du cubitus, sont excessivement rares, et ensuite, comme elles ne s'accompagnent pas d'ordinaire d'un gros épanchement, il nous sera toujours facile, par le procédé classique des trois saillies, de constater que l'olécrane est resté en place et d'éviter ainsi toute erreur.

Aussi, c'est surtout quand il y a fracture de l'extrémité inférieeure de l'humérus avec décalement de l'avant-bras en dehors qu'on se trompe. Nos manuels classiques nous décrivent bien à ce sujet un magistral diagnostic différentiel, assez simple en théorie: trois saillies à la face postérieure du coude, l'épicondyle, l'olécrane et l'épitrochlée. Avons-nous une fracture? Leur situation est normale, c'est-à-dire que dans la flexion de l'avant-bras sur le bras elles se trouvent dans un même plan horizontal, tandis que dans l'extension elles forment un triangle à sommet supérieur. Avons-nous luxation? Leur situation est tout autre l'harmonie en est rompue; c'est bien entendu. Malheureusement, dans la pratique, cette distinction n'est pas toujours applicable, car qui dit fracture dit aussi épanchement, gonflement et empâtement, particulièrement marqué dans les traumatismes du coude, qui ne nous laissent plus que des sensations vagues, imprécises. Et l'on hésite. Est-ce une fracture? Est-ce une luxation avec arrachement épitrochléen? La chose n'est point facile à préciser. Pour trancher le différend, on doit alors faire appel au précieux contrôle de la radiographie. Oh!

là, plus d'hésitation, les renseignements seront précis sur le genre de fracture, ou la variété de luxation, nous saurons s'il y a ou non arrachement de l'épitrochlée, et nous ne prendrons plus le simple décollement épitrochléen, souvent rencontré chez les jeunes, pour une luxation latérale interne incomplète.

D'ailleurs, même si l'on a pas de doute, il y a toujours intérêt et il est prudent de faire appel au contrôle radiographique toutes les fois qu'on le peut. Souvent ce mode d'exploration nous révèlera des lésions méconnues et non soupçonnées et l'on aura l'avantage de pouvoir conserver de précieux documents.

## PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

Hippocrate disait à propos des luxations simples du coude: « On a bien de la peine à les rajuster. » De nos jours, on est moins prévenu contre ces luxations, et le pronostic s'est considérablement amélioré. Malgré la dislocation considérable qu'entraînent les luxations latérales externes, le pronostic reste bon; les cas simples immédiatement réduits se restaurent vite. Même abandonnés à eux-mêmes, ils permettent assez souvent une certaine réadaptation (Morestin). Dans la néarthrose en dehors, que M. Gillis a rencontrée à l'amphithéâtre, l'on pouvait supposer à bon droit que le fonctionnement du membre était suffisant pour les usages ordinaires de la vie, les mouvements de flexion et d'extension étaient assez étendus alors qu'il n'y avait, par contre, que de très légers mouvements de latéralité.

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi. On rencontre parfois des difficultés à la réduction. Il y a des cas de luxations latérales externes irréductibles; on en trouve dans la thèse de Buthaud. Broca, Laynay, Dehelly, Dujarier, Vercelli, Vauverts ont dû, pour certaines réductions, recourir à l'arthrotomie, par suite de l'interposition intra-articulaire du fragment épitrochléen, fait qui aggrave déjà le pronostic.

Mais, ce qui l'assombrit, ce sont les complications tardives, dues aux proliférations osseuses qui, non seulement

gêneront la flexion et l'extension par leur volume, mais qui souvent irriteront les nerfs par leur voisinage. Ce sont tous ces ostéomes consécutifs aux luxations réduites si fréquents au coude et si bien étudiée par de Beule, Pascalis et H. Jouve dans sa thèse. Ce sont ceux du brachial antérieur dont nous parle Raberé, et qui souvent viennent comprimer le médian (Bidou) ; mais ce sont surtout les cals volumineux de l'épitrochlée qui viennent emprisonner et étouffer le nerf cubital dans sa gouttière, ainsi qu'en témoignent les observations de Potherat, Mouchet, Murphy, Kammerer, etc. Là est le danger, et voilà pourquoi j'insisterai tout à l'heure à propos du traitement.

Aussi, nous résumerons-nous en disant que le pronostic des luxations latérales externes, assez favorable par lui-même, est singulièrement aggravé par les complications que peut amener la présence de l'arrachement épitrochléen.

## TRAITEMENT

Notre diagnostic est posé; nous nous trouvons en face d'une luxation latérale externe récente; quelle conduite allons-nous adopter? Complète ou incomplète, la luxation doit être réduite en combinant, selon le conseil de Lejars, la propulsion à l'extension ou à la flexion latérale, manœuvres que l'on exécutera en utilisant l'un ou l'autre des procédés classiques suivants:

1° *Par la propulsion combinée à l'extension.* — On fait simplement tirer un aide dans l'axe de l'avant-bras luxé; pendant ce temps, on encadre de ses deux mains la partie inférieure du bras et, avec le pouce, on refoule peu à peu en bas et en dedans l'extrémité antibrachiale. A mesure que l'olécrane et la capsule radiale s'abaissent et se rapprochent de leur situation normale, il est utile de faire progressivement fléchir l'avant-bras: un ressaut final, sous la propulsion des doigts, annonce brusquement que la réduction est achevée. Souvent même la propulsion suffit à remettre les extrémités articulaires en place, sans même que la traction soit nécessaire. Certains auteurs se contentent de faire maintenir le bras par un aide et, saisissant le coude à pleines mains, ils obtiennent la réduction en refoulant fortement en bas puis en dedans, avec les deux pouces, la masse antibrachiale luxée.

2° *Par la propulsion combinée à la flexion latérale.* — On fait saisir l'avant-bras par un aide, qui l'infléchit angulairement du côté luxé, pendant que l'on maintient le bras et que l'on propulse, comme tout à l'heure, en bas, puis en dedans, l'extrémité antibrachiale. Cette propulsion directe, jointe à la flexion latérale externe, est le procédé de choix, qui permet de réduire avec le plus de chances de succès les luxations latérales compliquées d'arrachement épitrochléen.

Faisons remarquer qu'il est bon d'ajouter à la fin de ces manœuvres la pronation forcée suivie d'adduction de la main, position qui a l'avantage, ainsi que l'a judicieusement montré M. Jaboulay dans un article de la *Province médicale* de 1893, d'abaisser considérablement la tête radiale et de lui permettre d'accrocher le condyle plus facilement que par la simple traction.

La réduction est donc la plupart du temps chose facile, et il est bien rare qu'on n'y arrive pas par l'un ou l'autre de ces procédés, à condition que l'on opère sous anesthésie pour obtenir la résolution musculaire, car le gros obstacle à la réduction est la contracture musculaire. Il ne faut donc pas hésiter à endormir son malade, à moins que nous ayons un individu débile et peu musclé. Nous insistons sur ce point, car il nous semble, en effet, que chez les individus musclés l'anesthésie devrait être systématiquement employée pour la réduction des luxations des grandes articulations. Au cours de nos études, nous avons toujours été frappé par l'aide précieuse qu'apportait l'anesthésie aux manœuvres de réduction. En agissant ainsi, on a sans doute moins de virtuosité à déployer et l'on se prive de la satisfaction de vaincre une difficulté, mais on a celle de ne pas faire souffrir le patient, d'éviter presque à coup sûr un échec et surtout de ne pas s'expo-

ser à produire des désordres anatomiques possibles lorsqu'on agit avec force sur un malade qui se défend.

A propos d'anesthésie, nous nous permettrons de faire une petite digression sur l'anesthésie locale dans la réduction des luxations du coude. C'est une pratique peu courante que, pour notre part, nous n'avons jamais eu le bonheur de voir pratiquer. Cependant, au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons pu recueillir un cas où l'anesthésie locale avait été employée avec plein succès pour la réduction d'une luxation du coude; nous n'avons pu en recueillir qu'un seul cas, mais c'est un cas récent. L'anesthésie locale présente cependant de nombreux avantages; la simplicité de son administration et son innocuité en font l'anesthésique de choix pour le modeste praticien qui, livré à ses propres moyens, doit souvent renoncer à l'anesthésie générale faute d'aides avertis. Aussi, nous permettrons-nous de reproduire ici la technique qui fut suivie par Jeanneny et Labachelle, de Bordeaux. Ils pratiquèrent contre l'extrémité inférieure de l'humérus, au niveau de la zone coronoïde du condyle et de la dépression trochléo-olécranienne, une injection de 10 centimètres cubes d'allocaïne Lumière; 1 centimètre cube est injecté autour du radial dans la gouttière brachiale antérieure, long supinateur. Au bout de dix minutes, on avait une bonne résolution musculaire et la réduction tentée fut obtenue sans incident ni douleur. Cette technique provoqua une discussion à la Société anatomoclinique de Bordeaux. Rocher et Lefebvre trouvèrent que la dose employée était insuffisante pour anesthésier un coude; pour eux, 80 à 90 centimètres cubes étaient nécessaires.

Princeteau n'est pas de leur avis et pense que, vu la minime capacité normale d'une synoviale, la surface arti-

culaire qu'elle représente peut être anesthésiée avec une dose qui serait, en effet, insuffisante pour tout autre intervention. En tout cas, il nous semble que cette tentative méritait d'être retenue. Elle devrait être renouvelée et poursuivie pour mettre sa technique au point et s'assurer que dans ce cas particulier l'on ne se trouvait pas en présence d'un phénomène de persuasion psychique puisque le malade était prévenu qu'on l'insensibilisait.

Si nous nous sommes étendu si longuement sur l'anesthésie, ce n'est pas que nous considérions la contracture musculaire comme le seul obstacle à la réduction; c'est peut-être le plus constant, mais non l'unique. L'irréductibilité primitive peut tenir à bien d'autres causes: la tension et la résistance des parties non déchirées de la capsule articulaire et des ligaments peuvent rendre impossible la réduction. L'interposition entre les surfaces articulaires de fibres musculaires, du ligament annulaire, des fragments de la capsule, des ligaments antérieur, interne, externe, des fragments de l'épicondyle et surtout de l'épitrochlée attenant aux ligaments qui les ont arrachés, peuvent faire obstacle à la réduction. Ainsi, toutes les fois qu'après une ou deux tentatives de réduction sous anesthésie on aura échoué, il faudra avoir recours à l'intervention sanglante, ouvrir l'articulation, aller à la recherche de l'obstacle, l'enlever pour pouvoir réduire ensuite. Enfin, on peut se trouver en face de luxations anciennes non réduites; alors la difficulté sera bien accrue. Il ne faut néanmoins pas oublier qu'il existe parfois un traitement non sanglant des luxations latérales externes anciennes, et nous lisons dans les conclusions de la thèse que Marechet leur a consacrée: « Les luxations du coude sont irréductibles au bout d'un temps excessivement variable; on a pu en réduire qui dataient de plusieurs mois »

et il en trouve des exemples empruntés à MM. Tédenat, Jaboulay, etc... Aussi, toutes les fois que l'on n'aura pas dûment constaté par la radiographie des déformations osseuses considérables, on devra en tenter la réduction sous anesthésie. L'emploi des moufles est à rejeter; on se contentera d'assouplir l'articulation et l'on tentera alors la réduction par l'un des procédés déjà décrits ou mieux, selon les conseils de Jaboulay, par le *procédé du fléau:* L'olécrane étant fixé par les deux pouces de l'opérateur, dont les doigts s'entrelacent en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, on porte le coude malade en l'air et on lui imprime alors des mouvements brusques de projection de l'avant-bras sur le bras, par des secousses successives. C'est de la même façon que l'on fait claquer un fouet ou, si l'on aime mieux, que le bras mobile d'un fléau est précipité en avant. Mais, même ce procédé, qui, entre les mains de Jaboulay, Lombard, etc., a pu donner quelques résultats, échoue, hélas! souvent et force est bien d'avoir recours à l'intervention chirurgicale, qui, en l'espèce, consiste dans la reposition, ou mieux la résection. Mais auparavant il faut peser l'état fonctionnel actuel et celui que donnera l'opération; la force est souvent plus utile chez l'ouvrier que la mobilité; de plus, l'adaptation fonctionnelle est merveilleuse dans les luxations latérales externes. Aussi, faudra-t-il rejeter l'intervention chez les sujets gras, âgés ou diathésiques. Elle devient formellement indiquée chez un sujet jeune, bien portant, rendu infirme, et, en cas de complications nerveuses, pour débrider les nerfs comprimés par des brides cicatricielles ou des néoformations osseuses: ostéomes ou cals.

Mais, pour ces cals volumineux de l'épitrochlée, si redoutables pour le nerf cubital, il ne faudra pas oublier qu'il existe un traitement préventif qui consiste à empê-

cher la formation du cal en enlevant le fragment épitrochléen arraché. C'est ce que M. Lapeyre a fait dans notre observation I, où l'intervention semblait dictée par la radiographie de contrôle. En effet, examinons cette radiographie qui, pour floue qu'elle est, ne nous en montre pas moins la gouttière cubitale contre le bord interne de l'humérus, où se trouve la ligne sinueuse d'arrachement; en bas le fragment épitrochléen, déplacé près du cubitus; entre les deux un vaste espace libre qui ne demande qu'à se combler par un cal fibreux ou même osseux, qui fatalement intéressera le nerf cubital. Aussi, dans des cas semblables, il faut savoir prévoir, ne pas hésiter, et enlever le fragment épitrochléen, sans attendre les phénomènes d'irritation: la douleur et la paralysie, car on court alors le risque d'avoir trop attendu, d'arriver trop tard et de ne libérer qu'un nerf déjà atteint par des phénomènes de dégénérescence irrémédiable.

Enfin, pour terminer, un mot sur le traitement consécutif aux réductions et aux interventions. Là, plus qu'ailleurs, on devra recourir aux massages et à la mobilisation précoce. Etant donné la complexité de cette articulation, une immobilisation longue amènerait rapidement une limitation des mouvements qui, une fois installée, peut être pénible à vaincre. Et, même si la luxation a tendance à se reproduire, ou si l'on fait une intervention, on doit avoir recours à un appareil de mobilisation. Un de ces bons appareils est celui que mon ancien maître de Clermont, M. Dionis du Séjour, a décrit à la Société de chirurgie de Paris en 1920. Cet appareil, qu'on peut très bien construire soi-même, permet, *l'articulation du coude étant immobilisée,* les pansements et la mobilisation post-opératoire immédiate. L'appareil mis en place et bien centré, l'immobilisation est parfaite et, dès le début, des mouve-

ments assez étendus peuvent être faits avec très peu de douleur. On demande aux malades de faire eux-mêmes plusieurs fois par jour ces manœuvres et de fixer dans l'intervalle, grâce aux vis à ailettes qui bloquent la lame coulissante, le membre dans une position différente après chaque séance de mobilisation.

### Observation II

(L. Rocher et Magnaut. Journ. de Méd. de Bordeaux, 23 juin 1921).

Luxation en dehors du coude chez un garçon de 14 ans. Réduction sous contrôle des rayons X. Mobilisation au deuxième jour.

J. C..., 14 ans: chute survenue au cours d'une lutte loyale, le membre supérieur tordu et ployé sous le corps de l'enfant sur lequel était tombé son jeune adversaire. Accident survenu à 11 heures, le 5 décembre 1920. L'enfant a senti une douleur vive, un craquement et constate une déformation considérable de son coude.

Examen à 14 heures. L'avant-bras, fortement dévié en dehors, fait avec le bras un angle de 130° ouvert en dehors; le sommet de l'angle est formé par un bord rectiligne d'un travers de pouce correspondant à la face interne de l'épiphyse humérale; l'épitrochlée a été arrachée, ce qui explique l'absence de son relief en cette région, très douloureuse au palper.

Le cubitus a glissé transversalement en dehors, sous l'épiphyse humérale; le crochet olécranien embrasse l'épicondyle, ne faisant aucune saillie postérieure. L'extrémité supérieure du radius est libre sur le flanc externe de l'articulation, très élargie.

Aucun phénomène anormal vasculaire ou nerveux. Le maximum des douleurs siège sur la moitié interne de l'humérus. Crépitation sanguine dans le cul-de-sac périolécranien externe.

L'enfant tient son avant-bras demi-fléchi de la main saine. Mobilisation du coude très douloureuse.

*Examen radiographique.* — Luxation en dehors du coude avec décollement épiphysaire de l'épitrochlée qui paraît déplacée en avant de la trochlée. Le crochet olécranien croise le bord externe de l'épiphyse humérale. Le coude présente une attitude de cubitus valgus accentué: 130°.

A 15 heures, sous anesthésie (éther et chloroforme) et sous contrôle radioscopique (E. Rechon), nous réduisons la luxation : pressions transversales latérales en sens inverse portant, d'une part, sur l'extrémité inférieure de l'humérus, d'autre part, sur les extrémités supérieures des os de l'avant-bras. Bandage ouaté. Le lendemain, mobilisation légère volontaire; à partir du troisième jour, mobilisation active et bains d'eau chaude.

Le huitième jour, mobilité du coude presque complète: large ecchymose et empâtement diffus sur la face interne du coude.

Radiographie faite immédiatement après réduction montre le noyau épitrochléen revenu à sa place normale et le rapport normal des surfaces articulaires.

### Observation III

(A. Guillemin et Ch. Mathieu — Revue médicale de l'Est)

Luxation complète du coude en dehors

Femme de 45 ans, fait une chute par le verglas; elle étend le bras, la paume de sa main porte sur le sol. Elle ressent une très violente douleur au coude qui dès lors est immobilisé.

Examinée quelques heures après son accident, on ne voit pas d'ecchymose, mais on constate une déformation

considérable de la région : l'avant-bras est décollé en dehors par rapport au bras; l'extrémité inférieure de l'humérus fait saillie en dedans. Déformation en baïonnette. L'olécrane est perçu déjeté en dehors et sur le côté externe; en déprimant les parties molles, on met le doigt dans la capsule radiale, le membre est en demi-flexion et pronation. Mouvement de latéralité peu étendu.

Il ne semble pas y avoir de fracture. Un point particulièrement douloureux est accusé au niveau de l'insertion du ligament latéral externe. Pas de troubles à la sensibilité.

L'examen radiographique montre que l'on a affaire à une luxation complète du coude en dehors, sans fracture humérale, avec un très léger arrachement de l'extrémité du bec olécranien. Les deux os de l'avant-bras ont conservé leur rapport (l'un par rapport à l'autre).

La réduction est pratiquée sous anesthésie générale. On exerce une traction forte de l'avant-bras en supination et demi-flexion et on refoule en dedans les os de l'avant-bras pendant qu'au contraire l'humérus est attiré en dehors. La réduction s'obtient sans trop de difficultés. Immobilisation du bras en flexion pendant huit jours, puis mobilisation.

## CONCLUSIONS

Les luxations latérales externes du coude sont des luxations rares.

Elles s'accompagnent fréquemment de fracture de l'épitrochlée, surtout chez les adolescents, où l'on a alors un décollement épitrochléen.

Dans ces luxations le coude élargi est déformé « en baïonnette ».

Le pronostic en serait assez favorable s'il n'était souvent aggravé par la présence de fragments périarticulaires, et en particulier de celui de l'épitrochlée, qui peuvent gêner la réduction en s'interposant entre les surfaces articulaires.

Les complications tardives sont dues aux proliférations osseuses : ostéomes et cal, qui, non seulement gênent par leur volume, mais encore constituent une menace pour les nerfs de la région.

La réduction peut s'obtenir sous anesthésie générale (ou locale ?) en combinant la propulsion à l'extension, ou mieux à la flexion latérale. Un autre bon procédé est celui du fléau. En cas d'échec et en présence de luxation déjà ancienne, on doit recourir à l'arthrotomie suivie de reposition ou de résection. S'il y a fracture de l'épitrochlée, avec menace de compression du nerf cubital par le cal de réparation, faire l'ablation préventive du fragment épitrochléen.

Après réduction, massage et mobilisation.

## BIBLIOGRAPHIE


Binet. — Des luxations ouvertes de l'articulation du coude. Thèse de Paris, 1905-1906.

Bidou. — De la paralysie du nerf médian dans les luxations du coude. Lille, 1904-1905, n° 37.

Broca (A.). — Luxations du coude nécessitant l'intervention. *Journal des praticiens*, 13 novembre 1913.

Buthaud. — Luxations du coude primitivement irréductibles. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 95.

Cahier (L.). — Lésions traumatiques des articulations. *Nouveau Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet*, 1908.

Codet-Boisse. — Un cas de luxation du coude en dehors. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1910.

De Beule. — Ostéomes traumatiques typiques à la suite de luxations du coude. *Annales Société belge de chirurgie*, Bruxelles, 1907.

Denucé (P.). — Mémoires sur les luxations du coude. Paris, 1854.

— Article Coude. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, t. IX, p. 572.

Delaunay. — Luxation en dehors de la tête du radius chez un hémimélique. *Paris chirurgical*, 1912.

Déhelly. — Luxation en dehors du coude; arrachement de l'épitrochlée qui s'interpose entre les surfaces articulaires et empêche la réduction. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, Paris, 1914.

Dionis du Séjour. — Appareil permettant la mobilisation post-opératoire du coude, cette articulation étant immobilisée. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie,* Paris, 1920.

Dujarier. — Fracture de l'épitrochlée, subluxation du coude, intervention. Société de chirurgie, 15 mars 1921.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie. t. III.

Estor. — Variété rare de luxation du coude; luxation isolée du radius. *Revue orthop. de Paris,* 1914.

Gaudier et Swynghdauw. — Luxation du coude en dehors. *Echo médical du Nord,* Lille, 1911.

Gilis. — Luxation ancienne du coude en dehors. *Bull. et Mém. de la Société de chirurgie de Paris,* 1908.

Guéret (Ch.). — Contribution à l'étude des luxations anciennes du coude en dehors. Thèse Montpellier, 1908-1909.

Guillemin (A.) et Mathieu. — Deux cas de luxation du coude en dehors. *Revue médicale de l'Est,* Nancy, 1922.

Hamilton et Poinsot. — Traité pratique des fractures et des luxations. Paris, 1884, p. 920.

Hippocrate. — Traduction de Toulouse, 1801.

Jeanbrau. — Précis de pathologie chirurgicale.

Jaboulay. — De la réduction des luxations du coude. *Province médicale,* 1893.

Jeanneny et Labachelle. — Luxation du coude réduite sous anesthésie locale. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1920, p. 130.

Jouve (H.). — Des ostéomes du coude consécutifs aux luxations réduites. Thèse de Paris, 1902-03, n° 15.

Kammerer. — Backward dislocation of the elbow; ulnar paralysis. *Ann. Surg. Philadelphie,* 1908

Launay. — Luxation complète du coude en dehors; résection. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris,* 1903.

Le Dentu. — Luxation paralytique de l'extrémité supérieure du radius. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris,* 1906.

Lejars. — Traité de chirurgie d'urgence.

Lombard. — Réduction des luxations du coude par le procédé du fléau. *Revue médicale d'Alger,* mars 1914.

Marechet. — Traitement non sanglant des luxations anciennes du coude. Thèse Lyon, 1909-1910, n° 73.

Morestin. — Chirurgie générale des articulations, première partie.

Mouchet. — Luxation du coude en dehors, primitivement irréductible; enfant de 12 ans; paralysie du nerf cubital. Soc. anat. de Paris, 1909, p. 633-655.

Murphy (J.-B.). — Luxation of elbow, operative reduction extra-articular nailing, compression neuritis of ulnar nerve. *Surg. Clin. Philadelphie,* 1916.

Ombrédanne. — Rapport et discussion de la Société de chirurgie, 1914. *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie,* Paris, 1914.

Pascalis et Infroit. — Contribution à l'étude des ostéomes de la région du coude. *Journal de chirurgie,* août 1912, p. 125.

Pingaud. — Article coude. Dictionnaire de l'encyclopédie, première série, t. XXI.

Princeteau. — Discussion Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1920.

Potherat. — Luxation du coude ; emprisonnement du nerf cubital luxé dans un anneau fibreux cicatriciel. Congrès de chirurgie, Paris, 1896.

Raberé. — Ostéome du brachial antérieur, consécutif à une luxation du coude. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1907.

Rocher et Lefebvre. — Discussion Société anatomo-clinique de Bordeaux. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1920.

Rocher et Magnant. — Luxation en dehors du coude chez un garçon de 14 ans. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1921.

Tédenat. — *In* thèse Marechet, Lyon, 1909-1910, n° 73.

Vauverts (M.-J.). — Irréductibilité de la luxation du coude par interposition du fragment épitrochléen. *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris,* 1921.

Vercelli. — Intervento operativo per lussazione traumatica del gomito con fractura del l'epitrochlea. *Gaz. d. osp. Milano,* 1910, XXXL, 323-327.

Voisin et Macé de Lepinay. — Luxation congénitale bilatérale du radius en dehors. *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie,* Paris, 1907.

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Contribution à l'étude des Luxations latérales externes du coude.*

par M. Louis Thomas

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 18 Avril 1923.

Le Professeur,
ESTOR.

Vu :
Montpellier, le 19 Avril 1923.

Pour le Doyen :
L'Assesseur Délégué,
FORGUE.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 20 Avril 1923.

Le Recteur,
Jules COULET